

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

446

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marguerite VINCENT-MARIE

née à Paris, le 21 mars 1903

(Ancienne Externe des Hôpitaux).

Contribution à l'Étude
des
Pyodermites chroniques

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS
LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL (v°)

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marguerite VINCENT-MARIE

née à Paris, le 21 mars 1903

(Ancienne Externe des Hôpitaux).

Contribution à l'Étude
des
Pyodermites chroniques

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS
LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL (V^e)

1932

LE DOYEN M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	N...
	N...
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.	CHABROL Pathologie médicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	CHAILLEY-
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	BERT Physiologie.
BROCC Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER . Pathologie médicale.
BRULÉ Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BUSQUET Pharmacologie.	DONZELOT ... Pathologie médicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	ECALLE Obstétrique.
CATHALA Pathologie médicale.	FEY Urologie.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.		MM.	
GASTINEL	Bactériologie.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART		OBERLING	Anatomie pathologique.
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	OLIVIER	Anatomie.
GIROUD	Histologie.	PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
HARVIER	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	QUENU	Pathologie chirurgicale.
HOVELACQUE..	Anatomie.	RICHT Fils ..	Physiologie.
HUGUENIN ...	Anatomie.	SANNIÉ	Chimie biologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.	SEZARY	Dermatologie et syphi-
JOANNON	Hygiène.		ligraphie.
JOYEUX	Parasitologie.	VALLERY-	
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.	RADOT(Pasteur)	Pathologie médicale
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.	VAUDESCAL ..	Obstétrique.
LEMAITRE ...	Oto-rhino-laryngologie.	VELTER	Ophthalmologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.	VERNE	Histologie.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	VIGNES	Obstétrique.
LIAN	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.	TROISIERS	Pathologie expérimentale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.		
MOREAU	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	RETTERRER	Histologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.	METZGER ...	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY : Stomatologie.

CHAILLEY-BERT, agrégé : Education physique.

LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.

WEILL-HALLÉ : Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MARI

A MES PARENTS

A MA FILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique dermatologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*qui a bien voulu accepter la prési-
dence de notre thèse. En témoi-
gnage de nos remerciements et de
notre profonde reconnaissance.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY

Médecin de l'Hôpital St-Louis

*Avec tous mes remerciements et
ma vive gratitude pour m'avoir ins-
piré le sujet de cette thèse et prodi-
gué son enseignement dans son ser-
vice.*

A MES MAITRES A LA FACULTE

M. LE PROFESSEUR SERGENT
M. LE PROFESSEUR LEJARS
M. LE PROFESSEUR MARFAN
M. LE PROFESSEUR JEANNIN
M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR J. HALLE
M. LE DOCTEUR L. RAMOND
M. LE DOCTEUR GANDY
M. LE DOCTEUR LESNE
M. LE DOCTEUR RAVAUT
M. LE DOCTEUR FERRAND

A MES CONFERENCIERS

M. LE DOCTEUR P. GERARD-MARCHANT
M. LE DOCTEUR JUSTIN BESANÇON
M. LE DOCTEUR JULIEN MARIE

Nous décrivons sous le nom de pyodermites des affections cutanées dûes à des microbes pyogènes banaux, éliminant donc les infections spécifiques telles que le chancre mou ou des dermatoses infectées secondairement, telles l'ulcère variqueux.

Les pyodermites revêtent deux processus d'évolution : aiguë et chronique.

Les manifestations aiguës se présentent sous différentes formes, certaines sont dûes au staphylocoque telles :

l'impétigo de Bockhardt, l'eczéma impétigineux, les pustules ostio-folliculaires, les folliculites profondes, les furoncles, les anthrax et les hydrosadénites.

Le streptocoque est l'agent de :

l'impétigo de Tilbury Fox, l'érysipèle, la perlèche.

D'autres pyodermites aiguës sont dûes à des associations microbiennes :

l'impétigo vulgaire, l'acné pustuleuse, l'onyxis impétigineuse.

Nous éliminerons ces formes aiguës des infections cutanées pour nous occuper essentiellement des pyodermites chroniques. Celles-ci sont en général plus rares que les précédentes. Leurs aspects morphologiques permettront de classer ces affections si variées

qu'il est parfois très difficile de les rattacher à une étiologie infectieuse.

Elles sont extrêmement polymorphes et de diagnostic difficile; dans bien des cas elles sont souvent étiquettées au premier abord syphilis, tuberculose, mycose ou épithélioma.

C'est Hallopeau qui présenta le premier en 1889, au congrès international de Paris, une observation de pyodermite végétante, sous le nom de « Dermatite pustuleuse chronique à foyers excentriques ».

Dans les années qui suivent, différents auteurs publient des cas analogues (Fournier et Feulard, Le Daman, Perrin, Wende et Degroat, Danlos, Samberger, Bosellini).

Ce n'est qu'en 1905 que Gaucher donna le nom de Hallopeau à la dermatose que celui-ci avait isolée.

En 1903 Azua et Sala, au congrès de Madrid, décrivent une forme un peu particulière de pyodermite chronique papillomateuse, à type pseudo-épithéliomateux.

Plus tard Gougerot fait de nombreuses publications sur les affections tuberculoïdes dûes à des bacilles pyogènes.

Ces dix dernières années ont vu de nombreux travaux sur la question des pyodermes.

En Allemagne paraissent les études de Tschernogouboff, Kumer, Zurhelle et Klein, pour ne citer que les principaux.

Ferguson Smith, en Angleterre; Brunstig, Goeckermann et O'Leary, Michelson, Senear et Wien, aux

Etats-Unis, publient de nombreux cas de pyodermites ulcéreuses.

En France, Milian, Lotte, Gaté, Giraud et Trepoz; Gougerot, Burnier et Weiler, Sézary et Worms, Hudelo et Rabut font également des recherches sur les pyodermites chroniques.

CLINIQUE

Le polymorphisme des pyodermites chroniques est tel qu'il fut toujours difficile de les faire entrer dans des cadres clairs et précis.

Hudelo et Rabut ont publié dans la Presse Médicale en 1931 un article sur les pyodermites chroniques, où ils classent ces affections suivant leurs caractères objectifs.

Cette classification morphologique leur a paru la plus rationnelle et la meilleure, une division d'ordre étiologique semblant impossible.

Le polymicrobisme est en effet la règle dans l'origine des pyodermites chroniques, nous reviendrons plus loin à cette étude. Nous adopterons également une classification d'ordre morphologique et nous grouperons les pyodermites chroniques en :

- ulcéreuses,
- végétantes,
- ulcéro-végétantes.

Nous étudierons plus particulièrement à propos du diagnostic les caractères syphiloïdes, tuberculoïdes et mycosiformes que peuvent prendre les pyodermes de l'une ou de l'autre catégorie.

PYODERMITES ULCEREUSES

Les formes ulcéreuses des pyodermites chroniques peuvent être subdivisées en deux grandes catégories suivant la profondeur de l'ulcération. Nous étudierons des pyodermites :

érosives dans les cas superficiels,
et *ulcéreuses* quand le processus est plus profond.

Pyodermites érosives.

L'eczéma séborrhéique de Unna, eczématide de Darier, parakératose de Brocq, qui tend actuellement à être considéré comme parasitaire ou microbien se caractérise parfois par des surfaces légèrement érosives; dans ces cas seulement, il entre dans le cadre de notre étude. Il en est de même des eczémas dits microbiens, se rapprochant de l'impétigo (Darier. P. M. 1930) et que Sabouraud (1897-1900) avait rangé dans le cadre des streptococcies cutanées subaiguës.

A ces formes se joignent certains *intertrigos suin-*
tants et les lésions observées par Gougerot en 1919, et qu'il a décrites sous le nom de *Dermo-épidermites microbiennes*. Ces lésions surviennent comme complications à des plaies cutanées. Elles affectent des

aspects variés : placards exulcéreux consécutifs ou non à des bulles purulentes, roses ou rouges vernissés, humides, à contour mal délimité ou parfois limité par une bordure nette épidermique, blanchâtre.

Ses dimensions sont variables, de l'ordre de quelques millimètres de diamètre.

Ces exulcérations peuvent confluer et déterminer de grands placards à contours polycycliques avec fréquemment des bulles d'auto-inoculation à la périphérie.

Rarement ce processus aboutit à la formation d'ulcérations vraies; cependant certains cas constituent un véritable ecthyma. On observe d'ailleurs toutes les formes de passage entre ces deux variétés.

D'autres cas réalisent un aspect, soit impétigineux, soit eczématiforme, sans formation de vésicule initiale nette.

Ces placards sont essentiellement polymorphes et de progression centrifuge par une bordure bulleuse ou semée de petites ulcérations.

La Syphiloïde Post-Erosive de Sevestre et Jacquet réétudiée par Ferrand (1919) est considérée comme une pyodermite subaiguë érosive.

Elle survient chez des nourrissons mal soignés et évolue en deux stades. D'abord un érythème vésiculeux simple siégeant aux fesses, cuisses et mollets qui se transforme bientôt en placards érythémateux semé de petites érosions rouges vif, donnant par confluence des ilots polycycliques.

Un deuxième stade suit, caractérisé par de pseudo-

papules lenticulaires arrondies, lisses, parfois déprimées au centre, syphiloïdes. Ces éléments disparaissent lentement et laissent des macules brunâtres.

Plus rare est la *Dermatite Vacciniforme* de Hallopeau, ou herpès vacciniforme de Fournier, revu par Petges et Rocas en 1921. Il donne lieu à des éléments bulleux varicelliformes survenant à la suite de taches érythémateuses. Il se manifeste chez des nourrissons cachectiques et siège dans les régions anale et génito-crurale.

D'abord caractérisé par des taches érythémateuses, auxquelles succèdent les éléments bulleux, il se manifeste enfin par des érosions papuleuses absolument analogues à des syphilides secondaires. L'éruption peut simuler aussi la vaccine généralisée.

De type érosif encore, et d'évolution subaiguë sont les *Pyodermites Serpigineuses Linéaires* de Dubreuilh et le cas signalé par Noguer et Moré à Bruxelles en 1926. Dubreuilh a décrit une éruption pustuleuse qui progresse suivant un sens linéaire sinueux donnant l'impression d'un immense sillon de gale.

Dans le cas de Noguer et Moré il s'agit d'ulcérations larges et superficielles, ressemblant aux syphilides serpigineuses développées à la suite d'une pustule, survenue sur une cicatrice de petite blessure à l'index.

Ces ulcérations ont gagné rapidement la paume de la main et la face dorsale. Elles sont irrégulières de contour mais arrondies dans l'ensemble. Les bords

sont déchiquetés, le fond irrégulier rempli de pus séreux.

D'évolution chronique et formant un terme de passage entre les pyodermites érosives pures et les pyodermites ulcéreuses franches sont les cas décrits par Bizzozero (1913), Dammann (1927), Hagen (1926), Tischnenko et Kroiczik (1928).

Bizzozero rapporte un cas de lésion folliculaire de la tête évoluant depuis 32 ans.

Pendant 20 ans sur le cuir chevelu récides continues de croûtelles grosses comme un grain de poivre, laissant sourdre une sérosité blanchâtre. Progressivement ces lésions se répètent plus souvent et se disséminent. La lésion initiale apparaît comme une pustule folliculaire, centrée par un poil, dure, de coloration rouge foncée, elle donnera naissance à une ulcération. Par confluence des éléments, on notait des ulcérations à bords dentelés, peu infiltrés, avec une base granuleuse assez molle, épidermée par endroits, d'aspect syphiloïde.

L'auteur rattache ce cas à une observation publiée par Janovsky sous le nom de périfolliculite nécrosante.

Dans les sept cas observés par *Hagen*, *Dammann* (obs. B), *Tischnenko* et *Kroiczik* (obs. A) il s'agit de placards siégeant aux épaules, aux membres, sur le tronc, la tête, évoluant de façon éminemment chronique, deux à quinze ans, chez des individus fatigués, ou furonculeux, ou syphilitique (un cas).

Ces placards sont de tailles variables : à peine len-

ticulaires, nummulaires ou de la dimension de deux paumes de mains. Leur teinte est rouge violacé ou livide, et leur aspect, celui d'une syphilide tertiaire tuberculo-gommeuse.

Ils sont limités par une bordure arciforme un peu surélevée, plus ou moins infiltrée, parsemée d'ulcérations purulentes ou recouvertes de croûtes; à bords irréguliers, infiltrés, décollés et surélevés.

A leur niveau la pression donne issue à du pus fétide.

Dans les placards de plus grande dimension on voit nettement qu'il s'agit d'un processus d'extension centrifuge : les ulcérations existent surtout à la périphérie alors que le centre est cicatrisé, cicatrice pigmentée spontanée. Le processus gagne par des pustules développées à la périphérie en dehors des zones ulcéreuses. L'évolution est lente mais continue.

En général on note des adénopathies dures et indolentes dans les territoires correspondants.

Pyodermites ulcéreuses.

Classiquement les pyodermites à formes ulcéreuses comprennent deux ordres de manifestations : d'une part l'ecthyma banal, de l'autre l'acné nécrotique de Boeck, relativement fréquentes l'une et l'autre.

Habituellement d'évolution aiguë, ces dermatoses revêtent, sous l'influence de conditions étiologiques variées, des caractères de chronicité.

A l'état pur, elles sont commandées par des agents

pathogènes distincts, comme l'ont montré les travaux de Sabouraud : le staphylocoque pour l'acné nécrotique, le streptocoque pour l'ecthyma.

L'ecthyma est une variété ulcéreuse de l'impétigo, une pyodermite pustulo-ulcéreuse.

Il siège surtout aux membres inférieurs et évolue chez des débilités, des variqueux, des alcooliques, des tuberculeux ou diabétiques; conditions locales et de terrains expliquant la facile production d'ulcération.

Il survient par auto-inoculation à la suite d'impétigo typique; mais diffère de ce dernier par la dimension plus grande des bulles initiales et par sa tendance à l'ulcération.

Le contenu des bulles devient louche, elles se dessèchent, donnant naissance à des croûtes brun-jaunâtres plus ou moins épaisses et adhérentes, quelquefois d'aspect ostréacées.

Ces croûtes, entourées d'une zone congestive, recouvrent des ulcérations arrondies le plus souvent, plus ou moins profondes, à bords taillés à pic et réguliers. Le fond rouge ou crémeux secrète un pus bien lié ou grumelleux, souvent mêlé de sang.

La base des ulcérations n'est pas indurée. L'évolution habituelle est de deux ou trois semaines, plus longue dans les conditions défectueuses, et aboutit par bourgeonnement à la formation de cicatrices pigmentées.

Les ulcérations ecthymateuses sont le plus souvent multiples, elles sont parfois dans des conditions lo-

cales mauvaises le point de départ d'ulcères de jambe.

Nous rattacherons à l'ecthyma banal des formes plus rares, les unes gangréneuses, les autres ulcéreuses.

Classiquement la forme gangréneuse de l'ecthyma est connue sous le nom d'*ecthyma térébrant*.

C'est une éruption pustulo-ulcéreuse qui survient sur le dos, les fesses, les membres inférieurs et se voit chez des enfants. Ces pustules sont lenticulaires, envahissent la peau de proche en proche et prennent quelquefois un aspect varicelliforme finissant par former de larges ulcérations polycycliques à bords festonnés donnant des cicatrices gaufrées.

Ce type est rare et rebelle et se voit surtout chez des nouveaux-nés en mauvais état (ecthyma cachectique de Neumann). Ces formes graves ont été vues également chez des adultes, *Milian, Nativelle et Caroli* ont rapporté à la société de Dermatologie en 1929 (obs. C.) l'observation d'un homme mort par la suite d'endocardite végétante due à une association de streptocoque et de bacille de gangrène, qui avait présenté sur tout le corps de vastes ulcérations arrondies, creuses, régulières, d'aspect syphiloïde, dont le début était bulleux.

Nous ne ferons que citer la gangrène à foyers multiples des adultes et des enfants, ainsi que la gangrène foudroyante des organes génitaux dont l'évolution aiguë ne permet pas de les faire entrer dans le cadre des pyodermites chroniques.

Nous devons également mentionner les cas à processus aigu qui ont été étudiés par *Nicolas, Lacasagne et Froment* (soc. Derm., Lyon, 1929) et *P. Chevalier* (Derm. 1931).

Nous énumérerons rapidement aussi des cas très intéressants d'évolution rapide : une observation rapportée par *Gougerot, Burnier, Weiler* (ann. Mal. Vénér. 1930) (obs. D.), observation de pyodermite muqueuse chancriforme à la face interne de la joue, simulant un chancre syphilitique, accompagnée d'adénopathie sous-maxillaire, non améliorée par des applications locales de Novar et guérie en huit jours par des badigeonnages de solution de permanganate.

A la société de Dermatologie de Lyon en 1930, *Gaté et Trepoz* publient un cas analogue d'ulcération chancriforme du sein.

Corvisa et Berajano avaient signalé aussi dans les Actas Dermato-Sifil. en 1927 des cas de pyodermites chancriformes.

Il nous faut encore étudier deux ordres de lésions d'évolution franchement chronique et de type ulcéreux, les unes d'aspect tuberculoïde, les autres d'aspect syphiloïde.

Gougerot en 1912 a décrit (progrès médical) des affections pyogènes à aspect tuberculoïde, réalisant, outre des abcès froids variés, des folliculites agminées torpides simulant la tuberculose ulcéro-fongueuse, de véritables ecthymas tuberculoïdes.

On les voit survenir aux membres inférieurs chez des individus de tout âge avec mauvais état général, pâles et amaigris.

Ce sont des ulcérations atones, traînantes, évoluant pendant des semaines; leur couleur est terne, violacée, les bords sont déchiquetés, soulevés, décollés. Mais ces lésions se sont constituées en huit à quinze jours, beaucoup plus rapidement que les ulcérations véritablement tuberculeuses.

Nous pensons devoir rattacher aux ecthymas tuberculoïdes de Gougerot les deux observations suivantes.

L'une a été publiée par *Senear et Wien* (Obs. E) et l'autre que nous suivons dans le service de notre maître le professeur *Sézary* depuis de longs mois a déjà été l'objet d'un rapport à la société de dermatologie (obs. F.).

Dans les deux cas il s'agit d'individus jeunes. Le début de l'éruption suit un séjour à Berck pour l'une, le port d'un plâtre pour l'autre.

Les ulcérations siègent partout sur le corps, elles sont de forme régulière ou à contours polycycliques, d'un diamètre variant de quelques millimètres à quelques centimètres.

Les bords bien limités, légèrement surélevés sont violacés et un peu indurés. Le fond est rouge avec quelques petites surfaces d'épidermisation, ou putéiforme, ou parfois bourgeonnant.

La cicatrisation spontanée ne se fait pas. La progression est centrifuge.

L'évolution dure des années sans atteinte de l'état général.

Dans le cas de la malade que nous suivons, les ulcérations se sont modifiées récemment : elles sont à

peine déprimées et réalisent plutôt de vastes placards de tissu mou, lardacé, semblable à celui d'une tuberculose cutanée, limités nettement par un bord rouge un peu surélevé et légèrement infiltré.

Nettement syphiloïdes sont les cas rapportés par notre maître, le professeur *Sézary avec Worms* (Soc. Derm. 1931) (Obs. H.) et ceux de *Hudelo et Rabut* (Soc. Derm. 1931) (Obs. G.).

Sur les jambes et les cuisses, s'étendant même au dos, siègent des ulcérations groupées en placards, ulcérations régulières, arrondies, ou ovalaires, dans d'autres cas à bords déchiquetés, de dimensions variant de la taille d'une pièce de 0 fr. 50 à celle d'une pièce de 5 francs.

Les bords sont soit taillés à pic comme ceux d'une gomme syphilitique, soit saillants et polycycliques, décollés ou non. Ces éléments ont généralement une base œdémateuse et non infiltrée; le fond parfois net et propre ou au contraire purulent.

Des cicatrices gaufrées, des récides dans les cicatrices et l'aspect syphiloïde des lésions en imposaient absolument pour la syphilis.

Analogues au point de vue morphologique sont les ulcérations à contours polycycliques et surélevés observés par *Louste, Rivalier et Gadaud* chez un bébé de six mois. Elles siégeaient sur les organes génitaux et la moitié inférieure de l'abdomen. Leur aspect rouge, sec, semble avoir été précédé par un premier stade papulo-vésiculeux dont quelques éléments ont été vus sur la moitié inférieure de l'abdomen.

Les auteurs américains ont rapporté dans les *Archiv of dermatology* en 1930 de nombreux cas que l'on peut plus difficilement étiqueter *syphiloïde* ou *tuberculoïde*, les lésions offrant à la fois des analogies avec l'une et l'autre affection (Obs. I. J.).

Tout ce groupe d'observations porte sur des malades présentant un mauvais état général, atteints soit de pleurésie purulente, soit de dysenterie chronique entraînant une grosse anémie. La cause occasionnelle est assez souvent une plaie cutanée.

Ces éruptions d'ulcères débutent par une pustule entourée d'une aréole érythémateuse qui s'excorie, se développe excentriquement et ne se cicatrise pas.

D'autres éléments semblables se développent et aboutissent à la formation, en plusieurs mois, de véritables éruptions ulcéreuses.

A leur degré d'évolution maxima l'aspect des ulcérations est atypique, des bords soit violacés et décollés, soit serpigneux, rouges et formant bourrelet, à base en général œdémateuse, sans induration.

La progression est excentrique, la pression des bords faisant sourdre du pus.

Le fond est soit rouge, soit mucopurulent, bourgeonnant à certains stades de l'évolution, ou recouverts de petits îlots d'épidermisation qui ne se généralisent pas et n'amènent pas de cicatrisation.

Dans quelques cas, l'aspect prédominant est syphiloïde; dans d'autres, des trajets fistuleux et des décollements contribuent à donner une apparence tuberculoïde.

L'*Acné nécrotique* décrite par Boeck est une affection qui survient chez des vieillards ou des adultes, à la face dans les régions affectées par la séborrhée, rarement dans le dos et sur la poitrine.

L'éruption est caractérisée par des papules roses ou blanchâtres dont le centre jaunît rapidement simulant des vésico-pustules; elles se dessèchent et il se forme des crouelles brunâtres, adhérentes, enchassées dans la peau, limitées par une zone légèrement surélevée.

La taille des éléments varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille.

Les éléments cicatrisent lentement et laissent des cicatrices déprimées indélébiles.

L'évolution de l'éruption se fait par poussées et peut durer indéfiniment.

A cette dermatose assez fréquente se rattache l'*acné ulcéreuse et serpigineuse* de Kaposi, affection rare localisée à l'extrémité du nez et aux narines. Elle débute par des tubercules rosés, mous, qui suppurent rapidement et donnent par confluence des ulcérations serpigineuses dont les bords sont mous et violacés, parfois décollés ou au contraire taillés à pic, et le fond sanieux, irrégulier. La guérison s'effectue en quelques mois en laissant des cicatrices irrégulières; mais la récurrence est très fréquente.

PYODERMITES VEGETANTES

La pyodermite végétante est connue depuis que Hallopeau (1889) l'a isolée et en a donné l'observation princeps sous le nom de « Dermatite pustuleuse chronique à foyers excentriques ».

Il en fixe tous les caractères qui le séparent du pemphigus végétant de Neumann et de la maladie de Leloir, laquelle se manifeste par des périfolliculites suppurées et conglomérées d'origine mycosique.

Son étude est reprise par Milian en 1927 et par Lotte en 1929.

A la maladie de Hallopeau se rattachent des types différents que nous distinguerons avec Hudelo et Rabut en :

formes papillomateuses en nappes étendues.

formes verruqueuses à petits foyers.

formes tumorales.

a) **Formes papillomateuses en nappes étendues.**

La *pyodermite de Hallopeau* est le prototype de cette catégorie.

Elle débute par des pustules miliaires qui se développent excentriquement pour former des plaques circulaires ou polycycliques très prurigineuses; pus-

tules que l'on retrouve constamment à la périphérie des placards. Ces pustules deviennent végétantes, ou bien le derme sous-jacent s'hypertrophie et produit une sorte de saillie pustuleuse à la place de chaque pustule.

La guérison s'effectue par dessiccation des pustules centrales qui laissent une cicatrice pigmentée, pendant qu'à la périphérie, la lésion gagne par auto-inoculations de proche en proche.

Les placards peuvent envahir de grands territoires cutanés, mais leurs sièges d'élection sont les zones inguinales, génito-crurales, génito-anales, pubiennes, axillaires, plus accessoirement la face et les membres. Les muqueuses peuvent être atteintes, les lésions y sont particulièrement rebelles.

L'évolution est essentiellement chronique; les cicatrices sont d'abord pigmentées et finissent par disparaître complètement.

Des reprises de l'évolution après des périodes de longue rémission sont fréquentes et le processus suppuratif peut aboutir à la production d'abcès sous-cutanés.

Gaté et Giraud (Obs. K.) publient à la Société de Dermatologie 1930, une observation de pyodermite de Hallopeau : sur la jambe droite, lésion caractérisée par une zone centrale finement épidermée, entourée d'une couronne végétante criblée de pertuis laissant sourdre par pression du pus bien lié. La périphérie est inflammatoire et semée de pustulettes.

La dermatite framboesiforme de Samberger, dont il

publie une observation dans les *Archivs für Dermatology* en 1904 n'est pas autre chose qu'un cas de maladie de Hallopeau, bien que son auteur en fasse un cas de pemphigus végétant purulent.

Il s'agit en effet d'un homme atteint de furonculose, dont la tête était couverte de croûtes, croûtes recouvrant des surfaces végétantes rouges avec suppuration entre les papilles. La plupart des plaques étaient mal délimitées, certaines présentaient un bord net, violacé, ou rose suintant.

Dans l'aisselle droite et la région inguinale on trouve des formations analogues. A la lèvre supérieure un abcès se forma.

Le début de l'affection était nettement pustuleux et l'extension par auto-inoculations périphériques.

Plus récemment les cas ramenés au pemphigus végétant par *Fischl* (*Arch. f. Derm.* 1922) et celui d'*Artem* (*Giorn. ital. di m. ocu.* 1923-1925) dénommés dermatite staphylogène végétante sont des cas de pyodermite de Hallopeau.

Michelson (*Obs. L.*) publie l'observation d'une fille de 15 ans qui présente des pustules profondes des jambes, du tronc et des mains, à la suite d'une ostéomyélite. A leur degré d'évolution maximum, les lésions sont constituées par des plaques surélevées bleu violacées, couvertes d'un mince épiderme atrophique, avec un petit orifice central qui sécrète du pus.

L'aspect clinique et histologique deux ans avant l'avait fait étiquetter xanthome.

Cette forme ainsi que celle de *Venturi* (Dermo. sifil. 1929) dont l'aspect histologique était pseudo-épithéliomateux réalisent des termes de passage avec la variété tumorale.

Gougerot en 1922 étudie une dermo-épidermite miliaire érythémato-squameuse qui est une forme intermédiaire au sycosis simple et à la maladie de Hallopeau.

b) **Formes verruqueuses à petits foyers.**

Les modalités de cette catégorie se rapprochent morphologiquement de la tuberculose verruqueuse.

Dès 1905 *Bosellini* identifie deux cas qu'il dénomme Dermatite chronique verrucoïde (*Giorn. ital. di mal. dener.*).

Sur le dos des mains siègent des taches gris foncées au centre, livides à la périphérie, de forme irrégulière, de quelques centimètres de diamètre, saillantes, mamelonnées, verruqueuses, donnant du pus à la pression.

A la périphérie sont disséminées des lésions verrucoïdes, sèches, ardoisées, avec un peu de réaction inflammatoire et des saillies blanchâtres hémisphériques analogues à des kystes. L'évolution peut durer indéfiniment.

Gaucher, Gougerot et Dubosc (Obs. M.) rapportent l'observation d'impetigo verruqueux, et *Gougerot* (Obs. O.) au congrès de Rome 1912 insiste sur les caractères tuberculoïdes de ces modalités verruqueuses,

dont il publie une observation sous le nom d'Acrodermatite verruqueuse staphylococcique.

Ces auteurs montrent le début semblable à celui d'un impetigo vulgaire, même vésicule plate suivie de croûtes ambrées, sans aréole inflammatoire marquée. Mais si au bout de quelques jours, on soulève cette croûte, on constate qu'elle recouvre une surface humide, rosée, grenue, surélevée, papillomateuse, dont la base est légèrement saillante et infiltrée.

Au bout d'une quinzaine de jours la croûte se détache et laisse un verrucome semblable à une tuberculose verruqueuse sèche.

Ces lésions peuvent se voir en plus ou moins grand nombre à la face et aux membres.

En 1926, au congrès de Bruxelles, *Peyri* fait une étude des pyodermites végétantes et les classe en trois modalités, néoplasique, verruqueuse et papillomateuse.

D'après sa description sa variété verruqueuse correspond à la forme papillomateuse en nappe : type maladie de Hallopeau, par contre la morphologie de sa forme papillomateuse entre dans le cadre des pyodermites verruqueuses à petits foyers.

Kumer (Obs. Q.) rapporte toute une série d'observations, sur 12 cas, 5 sont localisés au dos des mains et consécutifs à une lésion antérieure (gale, blessure ou brûlure). Ils sont survenus chez des hommes adultes.

La lésion se caractérise par un foyer unique, limité par des bords livides; le fond légèrement suré-

levé et mou et sillonné d'excroissances papillaires rouges de la dimension d'une tête d'épingle, d'où l'on fait sourdre par pression indolore du pus ou une sérosité sanguinolente, ou bien un liquide blanchâtre constitué de lamelles cornées et de cellules épithéliales.

La périphérie n'est ni œdématiée, ni rouge. La durée de l'évolution est de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

c) **Formes tumorales.**

Ce n'est pas le caractère végétant sous forme de papillomatose ou de verrucosité plus ou moins étendue qui est le symptôme capital de cette variété; mais la formation d'une réaction végétante sur une base limitée au sens en néoformation circonscrite.

Bien que d'évolution subaiguë le type en est fourni par le *botryomycome* : siégeant aux mains ou aux pieds, c'est une petite tumeur molle, rouge vif, lisse ou frambœsiforme, ayant l'aspect d'un bourgeon charnu, étranglée à sa base ou même pédiculée, limitée par une collerette épidermique.

Perrin (Annales 1900), *Wende et Degroat* (Journ. of. cut. dis. 1902), *Danlos et Fournier* (Soc. dermat. 1905) ont décrit sous les noms de syphiloïdes papillomateuses, des végétations syphiloïdes, de dermatite végétante, des placards végétants, fissurés, suintants, saignants, faisant une saillie considérable et donnant l'impression de plaques muqueuses hypertrophiques.

Ces lésions se rencontraient principalement au périnée, dans les plis génito-cruraux, chez des individus peu soignés et des nourrissons eczémateux.

Comme le botryomycome, ces lésions sont subaiguës.

Un des cas rapportés par *Azua* (Act. dermo-sifil. 1913) simule les végétations vénériennes dans la région périnéale.

Se rapportent encore à cette variété deux observations publiées par *Gougerot* (Rev. chirurgie 1918) et *Gougerot et Blum* (Arch. cl. Hôp. St-Louis 1929).

La première traite de lésions simulant l'actinomycose : placards papuleux et végétants arrondis, sail-lants, à bords à pic, infiltrés et durs, saignant facilement qui siégeaient à une malléole.

Dans l'autre, dénommée *granulome vénérien*, il s'agit d'une lésion végétante de la verge, près du sillon balano-préputial, qui évolue depuis deux mois sous forme de champignon sessile, irrégulièrement ovulaire de vingt millim. sur quinze, qui saille de huit millimètres.

Les bords sont abruptes, non ulcérés, la surface aplatie, tomenteuse et végétante, exulcérée, sécrète une sérosité suppurée. La base est infiltrée, il n'y a pas d'adénopathie.

PYODERMITES ULCERO-VEGETANTES

Nous étudierons dans ce chapitre des formes de pyodermites assez difficiles à classer d'après leurs caractères morphologiques; le processus ulcéreux dominant dans certains cas, alors que dans d'autres il y a prééminence de la formation végétante.

Le degré même de l'un ou de l'autre processus intervient également pour rendre cette classification un peu arbitraire.

Un travail important fait en Allemagne en 1926 par Zurhelle et Klein a mis au point cette forme qu'ils ont étiquetée *pyodermite chronique végétante et ulcéreuse avec progression serpigineuse et cicatrisations planes superficielles*.

Nous éliminerons de ce chapitre quelques affections considérées par certains auteurs comme se rapportant aux cas que nous étudions, mais, qui à notre avis, en sont bien distinctes.

Nous voulons parler de la dermatite folliculaire et périfolliculaire conglomérée de Spitzer ou acné conglobata, de la folliculite abscedens et suffodiens d'Hoffmann et de la dermatite papillaire du cuir chevelu de Kaposi qui ne se distingue pas de la folliculite sclérosante de la nuque d'Ehrmann. Ces affec-

tions sont connues en France sous le nom d'acné chéloïdienne et acné furonculaire de la nuque.

Nous distinguerons deux formes :

- a) pyodermites végétantes érosives.
- b) pyodermites ulcéro-végétantes.

a) **Pyodermites végétantes érosives.**

L'étude de Zurhelle et Klein avait été précisée par une publication de *Tschernogouboff* (Arch. f. dermat. 1925) qui décrivait un cas survenu à la suite d'eczéma et de sycosis pendant plusieurs années. La lésion était constituée par de vastes placards violacés à bords serpiginieux et à surface irrégulière, recouverte d'excroissances et de croûtes sous lesquelles des ulcérations pustuleuses communiquaient les unes avec les autres.

La guérison laissait des cicatrices pigmentées et irrégulières.

Les huit observations publiées par *Zurhelle et Klein* (Obs. S. T.) portent sur des sujets d'âge variable (24 à 62 ans), pâles, anémiés avec mauvais état général.

La cause occasionnelle est parfois rapportée à un traumatisme, blessure ou brûlure.

Les lésions consistent en placards le plus souvent multiples, siégeant particulièrement sur le dos des mains, mais aussi sur le cuir chevelu, à la face ou n'importe quel point des téguments.

Ces placards sont le siège d'une infiltration œdé-

mateuse et spongieuse, de teinte livide avec des excroissances papillaires ou verruqueuses, recouvertes de croûtes; l'ablation de ces croûtes laisse voir des exulcérations ou des ulcérations fistuleuses au niveau desquelles la pression donne issue à du pus ou à une sérosité trouble.

Ces orifices communiquent entre eux par la profondeur, la peau très amincie est littéralement minée.

Des foyers à contours serpigineux plus ou moins polycycliques, parfois très syphiloïdes se constituent par confluence et progression périphérique.

La dimension de ces foyers peut alors atteindre celle d'une paume de main dans les cas habituels ou des surfaces bien plus étendues, la peau ne formant plus que des ponts étroits et réticulés entre les orifices ulcéreux.

La bordure est rouge, surélevée et entourée d'éléments folliculaires ou furoneux, parfois même par de véritables abcès.

Les lésions sont parfois le point de départ de traînées lymphangitiques entraînant l'augmentation de volume des ganglions satellites qui sont douloureux mais sans périadénite.

La douleur spontanée est généralement peu accentuée mais s'accuse à la pression.

Les placards de grande dimension ont souvent une zone centrale de cicatrisation spontanée qui est lisse, tandis que le processus se développe excentriquement.

L'évolution est longue, et dure souvent plusieurs mois ou plusieurs années; les cicatrices obtenues après

traitement, pigmentées ou non, sont régulières, parfois chéloïdiennes.

Se rattachent au type décrit par Zurhelle et Klein les sept derniers cas de Kumer (Obs. R.) qui sont absolument semblables, ainsi que les trois observations de *Ferguson Smith* (Obs. P.) dont les seules différences sont la couleur violacée de la bordure, la dureté cartilagineuse de celle-ci et le centre de la lésion granulo-érosif.

Les cas de *Brærs* (Arch. f. Derm. 1930) les pyodermites végétantes de *Azua* (Annales 1913) et la modalité verruqueuse de la classification de *Peyri* ont de par leur aspect leur place dans ce chapitre.

b) **Pyodermites ulcéro-végétantes.**

Les formes que nous étudierons dans ce paragraphe ne diffèrent des précédentes que par le caractère plus prononcé du processus ulcéreux.

La réaction papillomateuse passe au second plan tandis que les formations ulcéreuses atteignent plus profondément les téguments.

Parmi les cas étudiés par *Zurhelle et Klein* l'observation huit mentionne une ulcération de deux centim. de profondeur, de la taille d'une paume de main, recouverte de granulations friables et molles.

Dans le Roussky Vestnik Dermato. de 1930, *Kousnetz* étudie deux cas de « pyodermite chronique serpigineuse ».

Ce sont chez des sujets affaiblis, dans de mauvaises conditions alimentaires et hygiéniques, des

ulcérations granuleuses, multiples, localisées aux jambes. Ces lésions sont parsemées de nombreux orifices fistuleux laissant échapper du pus à la pression.

Le fond atteint le tissu cellulaire sous-cutané, il est recouvert de pus gris jaunâtre abondant. Les bords sont infiltrés, surélevés, serpigineux, entourés d'une zone livide où siègent des abcès.

Chez un des malades ces lésions faisaient suite à une ostéomyélite de la cuisse. L'évolution dure de six mois à trois ans.

Gougerot (congrès de Rome 1912. Derm. en clientèle) a étudié des « folliculites agminées torpides simulant la tuberculose ulcéro-fongueuse » se manifestant par une infiltration rouge violacée au dos des mains, ulcérée et suppurante, les bords sont déchiquetés, le fond bourgeonnant.

Le même auteur a rapporté dans la Presse Médicale de 1929 une pyodermite buccale simulant le cancer qui trouve également sa place ici.

Nous citerons enfin le « *pseudo-épithéliome cutané* » décrit en 1903 par de *Azua et Sada* et l'observation de *Ledo* que *Peyry* a rangé dans les pyodermites végétantes pseudo-épithéliomateuses.

Il s'agit de lésion évoluant depuis vingt ans caractérisée par une ulcération de vingt centim. sur quatorze, surmontée d'une masse néoplasique en chou-fleur, rouge, molle, saignante et purulente, dont l'histologie s'est montrée aussi pseudo-épithéliomateuse. *Rabeau* a rapporté un cas semblable ayant nécessité l'amputation.

LABORATOIRE

Nous étudierons dans ce chapitre, d'une part les recherches histo-pathologiques, de l'autre les travaux bactériologiques auxquelles ont donné lieu les pyodermites chroniques.

Histo-Pathologie.

Nous ne referons pas ici l'histologie des formes classiques et nettement classées telles que les eczémas séborrhéiques, les intertrigo suintants, l'ecthyma, l'acné nécrotique, la syphiloïde post-érosive, etc...

Certains auteurs, qui ont étudié les pyodermites ulcéreuses, ont trouvé des lésions inflammatoires avec un processus végétant donnant une hyperplasie épithéliale pseudo-épithéliomateuse, les couches inférieures étant le siège d'une réaction tuberculeuse.

L'observation de Sézary et Worms est très précise à ce sujet; ces auteurs ont trouvé que le fond de l'ulcération était tapissée de polynucléaires reposant sur un tissu semblable à celui d'un bourgeon charnu. Dans la profondeur, un infiltrat était constitué de polynucléaires, de cellules conjonctives, de mononucléaires et de plasmocytes sans cellules épithélioïdes.

Les vaisseaux ne présentaient pas de modifications.

Par contre, Tischnenko et Kroiczik constatent dans

l'infiltrat des cellules épithélioïdes et des cellules géantes; ils notent des dilatations vasculaires.

Dans le cas de Dammann, l'histologie est sensiblement celle de l'ecthyma. Pour ce qui est des pyodermites végétantes, l'histologie de la maladie de Hallopeau a été reprise par Milian et Lotte.

Elle n'atteint que l'épiderme; il y a parakératose et hyperacanthose, formation de pustules folliculaires et de petits abcès miliaires périlaires intra-épidermiques.

L'infiltration du derme est modérée et c'est seulement dans sa couche superficielle que l'on trouve des mononucléaires, de l'œdème et des dilatations vasculaires.

L'histologie de la forme verruqueuse est toute autre. Dans la dermatite verrucoïde circonscrite des mains, Bosillini, avait trouvé de l'hyperkératose atteignant les follicules dilatés; dans le derme une infiltration de cellules rondes et de plasmazellen, de quelques cellules géantes et épithélioïdes sans cependant fonte granulo-caséuse.

Quelques différences à signaler dans les observations de Kumer : vascularisation augmentée et épaississement des parois vasculaires, présence d'éosinophiles, infiltration de la couche graisseuse. L'auteur notait une disposition particulière des digitations épidermiques pénétrant dans la profondeur jusqu'aux glandes sudoripares, s'anastomosant les uns avec les autres et constituaient ainsi au-dessous du corps papillaire une seconde couche épithéliale.

Autant qu'au point de vue clinique Zurhelle et Klein ont fait une étude histologique approfondie des pyodermites ulcéro-végétantes : spongieuse et acanthose de l'épiderme; dans le derme, tissu granuleux de lymphocytes, de plasmazellen et parfois éosinophilie.

Destruction du tissu élastique et lésions vasculaires, endartérite et périartérite.

Par endroits abcès à leucocytes, en d'autres, formations tuberculïdes avec cellules géantes et épithélioïdes.

Tschernogouboff a constaté des caractères histologiques similaires : granulome à cellules géantes.

Par contre Ferguson Smith n'a jamais trouvé de cellules géantes.

Une forme qui donne lieu à une histologie différente, c'est le pseudo-épithéliome d'Azua-Sada. Ces auteurs constatent histologiquement aussi des caractères pseudo-épithéliomateux, mais il y a peu de lobules épithéliaux unis par des pédoncules longs et étroits de cellules épithéliales et les globules épidermiques sont rudimentaires, sans éléidinisation.

Microbiologie.

Le polymicrobisme est presque toujours la règle dans toutes les modalités de pyodermites chroniques.

Les auteurs ont fréquemment constaté l'association staphylocoque blanc et staphylocoque doré, ou staphylocoque et streptocoque.

La maladie de Hallopeau est toujours due au sta-

phylocoque, soit blanc, soit doré. C'est d'ailleurs le microbe prédominant que l'on retrouve soit dans les formes végétantes, soit dans les formes ulcéreuses, ou dans les formes mixtes. Dans la plupart des cas on le trouve à l'examen direct et à la culture.

Il est intéressant de noter que Brunstig, qui a trouvé l'association de staphylocoque doré et de streptocoque hémolytique a pu reproduire la lésion expérimentalement par inoculation à la souris.

Le sérum du malade agglutinait au 1/20 le streptocoque hémolytique.

Les résultats de Zurhelle et Klein ont montré qu'il s'agissait dans cinq cas de staphylocoque blanc seul, une fois de streptocoque et dans un autre association staphylocoque et streptocoque.

L'examen du sang a montré une fois la présence de staphylocoque blanc hémolytique; dans cette observation on peut d'ailleurs penser qu'il s'agissait de septicémie atténuée car ce malade avait d'autres métastases pyodermiques.

L'injection au cobaye a donné deux fois des résultats positifs : infiltration purulente contenant du staphylocoque blanc. L'agglutination du sérum a été deux fois positive.

De toutes ces données, il est impossible de conclure que la bactériologie commande la sémiologie car, à telle manifestation cutanée ne correspond pas telle étiologie microbienne.

Il semble cependant que le staphylocoque soit le microbe pathogène le plus souvent rencontré.

Nous mentionnerons pour terminer le spirochète de Favre et Civatte qui aurait sa part dans les productions végétantes.

DIAGNOSTIC

Dans quelques formes bien connues le diagnostic des pyodermites chroniques est assez simple; mais elles se manifestent souvent par des lésions tellement polymorphes simulant tantôt les mycoses, mais surtout la tuberculose et la syphilis qu'il devient alors très difficile de poser un diagnostic.

Nous envisagerons donc le diagnostic dans les différentes formes morphologiques.

Les eczémas séborrhéiques et les intertrigos suintants dus à des bacilles pyogènes seront facilement identifiés. La seule difficulté sera de les rattacher à leur étiologie microbienne et non de les prendre pour des lésions à levures ou champignons.

Les syphiloïdes post-érosives de Jacquet, par leur siège et leurs caractères objectifs, en seront cependant distinguées par le fait qu'elles épargnent les plis et ne surviennent pas chez des nourrissons syphilitiques et que la sérologie est négative.

Il en est de même des formes simplement érosives dont l'allure serpigineuse, les bords surélevés rappellent la syphilis tertiaire tuberculo-gommeuse.

Parmi les formes ulcéreuses, l'ecthyma sera distingué des tuberculides papulo-nécrotiques en tenant compte du terrain sur lequel il survient, de son début

par une folliculite, son évolution, atteignant son acmé en une dizaine de jours, et enfin de l'action du traitement antiseptique. On ne le prendra pas non plus pour une gomme tertiaire.

Les formes franchement ulcéreuses autre que l'ecthyma sont très fréquemment syphiloïdes. Certaines pyodermites ont simulé des chancres, avec lesquels la distinction n'a pu se faire que par l'absence de notion de contact, les séro-réactions répétées et les examens ultra-microscopiques négatifs et enfin l'inefficacité du traitement spécifique.

D'autres fois les ulcérations ont un aspect secondotertiaire, mais l'absence d'induration des lésions et la notion de début pustuleux oriente le diagnostic.

L'allure tuberculoïde de certaines ulcérations est aussi matière à erreur : les bords décollés, violacés, la présence de sillons fistuleux, l'allure traînante de la maladie peuvent longtemps faire hésiter. Mais en général on retrouve par un interrogatoire soigné que le début s'est fait par un « bouton » qui a suppuré, puis s'est développé en surface au lieu de cicatriser. L'allure générale des tuberculoses cutanées est aussi de plus longue durée.

L'acné nécrotique se distingue des syphilides secondaires croûteuses par son caractère nécrotique et ses cicatrices; de la syphilis tuberculo-gommeuse par sa dissémination et son absence d'induration. Elle survient sur un terrain séborrhéique.

L'acné de Kaposi localisée au nez est à ne pas confondre avec des bromides ou iodides, une syphilis

ulcéreuse et un lupus tuberculeux pustuleux à évolution rapide.

Parmi les pyodermites végétantes on ne pourra confondre la maladie de Hallopeau qu'avec le pemphigus végétant, mais celui-ci commence par une bulle et l'état général est rapidement mauvais.

Les formes intermédiaires au sycosis et à la pyodermite de Hallopeau seront à différencier du sycosis trichophytique.

Le diagnostic avec la tuberculose verruqueuse sera toujours à faire pour les modalités verrucoïdes, mais si les caractères objectifs de la période d'état peuvent être d'une différenciation difficile, on se souviendra que la pyodermite débute par une vésicule d'impétigo.

Parmi les formes tumorales nous n'insisterons pas sur le diagnostic au botryomycome qui ne peut prêter à confusion.

Le diagnostic peut être délicat par contre pour les formes de dermatite végétante qui siègent au périnée et les régions avoisinantes, où elles prennent soit l'aspect de syphilides secondaires hypertrophiques, soit de végétations vénériennes.

Les lésions ulcéro-végétantes prêtent souvent à de nombreuses erreurs, elles peuvent ressembler en effet aux toxidermies cutanées bulleuses, bromides et iodides végétantes, aux différentes mycoses, trichophytie, blastomycose américaine et actinomycose.

Bien souvent la confluence des lésions détermine

des bords serpigineux et polycycliques qui font penser à la syphilis tuberculeuse.

On peut être amené à discuter l'épithélioma comme dans le type décrit par de Azua. Mais en dernier ressort c'est toujours avec la bacilllose que le diagnostic est le plus difficile, soit bacilllose verruqueuse, soit lupus végétant.

En pratique il faut bien dire que les pyodermites chroniques sont souvent d'un diagnostic difficile et que l'on devra faire toutes les recherches biologiques et expérimentales et des traitements d'épreuve pour affirmer le diagnostic.

On ne pourra éliminer la syphilis qu'après avoir fait des réactions sérologiques, des examens à l'ultra-microscope et essayer d'un traitement antispécifique.

De même la tuberculose sera écartée après examen histologique, test de von Pirquet et inoculation au cobaye négatifs.

Le plus souvent l'insuccès de la thérapeutique iodurée permettra d'écarter les différents types de mycose.

TRAITEMENT

Les pyodermites chroniques sont justiciables le plus souvent de deux ordres de thérapeutique, l'une locale, l'autre générale.

Les résultats thérapeutiques sont d'autre part en rapport avec l'étendue des lésions; en effet une forme localisée et circonscrite guérira beaucoup plus facilement que lorsqu'il s'agira de vastes placards dispersés sur tous les téguments.

Les formes ulcéreuses et les ulcéro-végétantes avec prédominance du processus ulcéreux sont certainement les plus rebelles.

Nous pouvons donc dire que les différents traitements locaux, au moyen d'antiseptiques divers, ont leur triomphe dans les formes circonscrites.

Les auteurs obtiennent des résultats avec divers antiseptiques : eau d'Alibour au 1/10 alternée avec des applications de pommade au calomel ou de pommade à l'oxyde jaune de mercure au 1/20, teinture d'iode ou alcool iodé à 1/100, solution alcoolique de cristal violet et de vert de méthyle, solution de permanganate de potassium, soufre colloïdal en bains locaux.

Notre maître, le professeur Sézary, avec R. Worms a obtenu une guérison complète d'une forme cepen-

dant étendue par des applications de solution de nitrate d'argent à 1/30 et de pommade jaune.

Si ces thérapeutiques sont insuffisantes, des médications locales différentes peuvent donner des résultats : applications locales de rayons X, destruction au moyen du galvano-cauthère, de l'électroagulation, ou par curettage complet sous anesthésie générale.

Hudelo et Rabut ont eu recours avec succès à la destruction des foyers par l'air chaud chirurgical.

Hagen obtient une amélioration par la trypaflavine locale. D'autres ont recours aux greffes cutanées.

Souvent ces différentes méthodes échouent si elles ne sont combinées avec des traitements généraux. Il faut d'abord soutenir l'état général, donner au malade un régime fortifiant et fortement vitaminé. Les auteurs américains insistent beaucoup sur ce dernier fait.

On se trouvera bien des différentes vaccinothérapies et particulièrement des auto-vaccins.

Dans les formes très rebelles, que les américains ont isolées chez des sujets atteints de dysenterie chronique, ils ont eu de bons résultats par l'injection intraveineuse de vaccin antityphique.

L'application générale de rayon ultra-violet ou l'action des rayons solaires ont été également efficaces.

Il est enfin des cas, où après l'échec de nombreux traitements, la cicatrisation ait paru se faire spontanément de façon très lente.

OBSERVATIONS

A. **Pyodermite chronique serpiginieuse.**

(TISCHNENKO, KROICZIK, *derm. Zeitsch.*, 1928)

1) Femme 58 ans. Début, il y a 6 ans par un abcès de l'aisselle.

Deux foyers : sur la clavicule et l'épaule gauches, placard livide de la taille d'une paume de main limité par une bordure arciforme un peu surélevée et couverte d'ulcération du volume d'un grain de mil à celui d'une pièce de monnaie. L'ulcération est recouverte parfois par du pus ou des croûtes à des bords irréguliers, infiltrés, surélevés, décollés.

Bactériologie : Staphylocoque blanc et doré.

Histologie : Hyperkératose. Parakératose. Acanthose. Œdème. Infiltration de cellules lymphoïdes, plasmazellen, cellules épithélioïdes et cellules géantes. Destruction des fibres élastiques. Dilatations vasculaires.

Traitement : Autovaccin et antiseptiques. Guérison en un an.

2) A., 40 ans. Fatigué. Début, il y a deux ans à la suite d'un traumatisme et de grattage.

Sur la jambe et le pied ulcération assez profonde livide, de la taille de 2 paumes de main, couverte de croûtes et de pus fétide.

Bactériologie : Staphylocoque doré.

Traitement : Amélioration par bains, iodoforme et injections arsénicales.

3) F., mauvais état général. Début, il y a 3 ans par petit abcès au dos du pied ayant donné lieu in situ à une ulcération envahissant le 1/3 inférieur de la jambe, ulcération parsemée d'orifices, superficielle; bords infiltrés, surélevés; surface recouverte de croûtes; odeur désagréable;

Bactériologie : Staphylocoque doré. Streptocoque.

**B. Pyodermite chronique ulcéreuse et superficielle
à progression serpigineuse.**

(DAMMANN. Arch. f. Derm. 1927).

Homme 58 ans, présentant de la furonculose depuis l'âge de 15 ans. Mauvais état général. A la suite d'une intervention sur un furoncle, il s'est développé depuis 8 ans sur la poitrine un ulcère qui, bien que superficiel se propage de plus en plus aux régions voisines. Le processus limité pendant plusieurs années à la poitrine s'est propagé ensuite à l'épaule gauche, au ventre, à la région sacrée et aux cuisses.

Evolution indolore.

D'abord diagnostic de lupus ou syphilis tertiaire. Placards tuberculo-ulcéreux avec cicatrisation centrale sans inflammation périphérique. Les bords laissent sourdre du pus à la pression par des orifices fistuleux. A la région sacrée, aspect de pyodermites banales.

Bactériologie : Streptocoque et staphylocoque.

Histologie : Petits abcès épidermiques sans formation folliculaire, rappelant l'ecthyma.

Traitement : Syphilitique, insuccès. Rayons solaires. Auto-vaccin. Pâtes.

C. Impétigo Rodens et endocardite.

(MILLIAN-NATIVELLE et CAROLI, Soc. Derm., 1929).

Malade couvert de vastes ulcérations cutanées datant de quelques mois et développées à l'occasion d'une chute qui avait amené une plaie sur le front. Les lésions ulcéreuses creuses, régulières, de forme arrondie pouvaient d'autant plus faire penser à la syphilis que le patient présentait un double souffle aortique.

La fièvre élevée et intermittente, le début traumatique faisaient penser au contraire à une infection cutanée avec endocardite aiguë. Nous avions d'ailleurs assisté à l'apparition sur une jambe d'une grosse bulle qui donna naissance

ensuite à une ulcération. Cette constatation grâce à la présence du streptocoque dans les plaies nous fit porter le diagnostic d'impétigo rodens.

Nous hésitions cependant à affirmer un tel diagnostic puisque par définition, l'impétigo n'est pas ulcéreux et qu'il n'existe en réalité aucune observation démonstrative de cette variété d'affection.

C'est l'épilogue de cette observation que nous apportons ici. Le malade guérit peu à peu de ses ulcérations, sauf celle de la tempe qui malgré une rétrocession importante restait sous la forme d'une plaie atone à fond lisse et un peu jaunâtre.

La fièvre disparut presque complètement mais un jour elle reparut : il se déclara des phénomènes de suffocation et au milieu d'une cachexie progressive il mourut.

L'autopsie a révélé une endocardite végétante sur les valvules sigmoïdes aortiques, on a trouvé en coexistence le streptocoque et un bacille de la gangrène cutanée. Peut-être cette association était-elle pour quelque chose dans la formation des plaies cutanées.

D. Pyodermite muqueuse chancriforme à la face interne de la joue simulant un chancre syphilitique (résumée).

(GOUGEROT, BURNIER-WEILER. *Ann. Ral. Ven.*, 1930).

N° 102.306, âgé de 10 ans est amené à notre consultation le 11 février 1930 pour une lésion de la face interne de la joue droite au voisinage de la commissure apparue depuis dix jours

Cette lésion exulcérée et papuleuse, saillante, en pastille arrondie, à grand axe ovalaire de 10 mm. de large sur 8 mm. de haut est recouverte d'une couche de fibrine blanchâtre entourée d'une zone blanchâtre leucokératosique. Elle est infiltrée, indurée, et cette induration est en pastille, sèche comme celle d'un chancre syphilitique. Un ganglion sous-maxillaire droit, gros comme une petite noix, est apparu en même temps que la lésion. Il est froid et indolent, dur et mobile.

Cette lésion arrondie, papuleuse, indurée reproduit donc exactement l'aspect d'un chancre et de son ganglion.

En raison de cet aspect chancriforme, on fait et on refait le 11 et le 18 février des examens à l'ultramicroscope, tous sont négatifs.

Un Wassermann fait le 11 février est négatif, il demeure négatif le 18 et le 25 février.

On doute donc au diagnostic de chancre et l'on pense à une pyodermite.

Deux applications locales de Novar amènent une amélioration, mais lente et incomplète de la lésion, ce qui n'est pas étonnant puisque cette lésion n'est pas fuso-spirillaire.

Au contraire les badigeonnages de solution de permanganate de potassium au 1/50 la guérissent très rapidement en huit jours.

Le 25 février, la lésion est complètement cicatrisée et l'on note l'existence d'une ligne blanchâtre cicatricielle de 1 cm. Le ganglion est presque complètement disparu. Le Wassermann demeure négatif.

E. Un cas à diagnostic (Pyodermite ?)

(SENEAR et WIEN. (Arch. of Derm., 1930).

P. S. fille de 8 ans, vue par nous la première fois en février 1929 alors qu'elle avait une éruption sur les jambes et les bras évoluant depuis 4 ans. L'éruption est apparue à la suite d'un plâtre à la jambe et à la cuisse droite porté pendant 7 mois. En retirant le plâtre, on note une ulcération extensive de la jambe droite, peu après apparaissent des lésions semblables sur le côté droit de la poitrine, le bras droit et le genou gauche. Les lésions persistent sans changement pendant trois ans.

En février 1929, on notait sur les surfaces atteintes, des ulcérations superficielles extensives « de type discret et diffus » avec des plaques coalescentes formant des lésions figurées. A la périphérie des plaques vésicules d'impétigo et légère suppuration.

On ne revit la malade que le 14 janvier 1930. Pendant ce

temps elle reçoit des rayons U-V et des pansements antiseptiques.

L'état général et local était considérablement amélioré.

Au coude droit, à la hanche droite et à la face antérieure de la jambe droite, il persistait de petits ulcères mais il y avait une amélioration nette de l'ulcération de la jambe droite.

Les ulcères étaient nets et semblaient bien bourgeonner.

Cette enfant avait été présentée 3 ans auparavant comme tuberculide pour des lésions de la face.

F. Observation personnelle.

M. Germ., domestique, 26 ans entre à la salle du Castel le 30-VI-31 pour des lésions ulcéreuses et ulcéro-croûteuses siégeant à la face postérieure du cou, aux aisselles, sur la paroi abdominale, sur les cuisses, sur la jambe droite, dans le dos et à la moitié externe des fesses où les lésions sont groupées au nombre de 27. Elles prédominent également aux cuisses et à la paroi abdominale où l'on compte 19 ulcérations. Toutes les autres ulcérations sont isolées. Leur forme générale est arrondie ou ovale, ou affectant des contours polycycliques par fusion de plusieurs éléments entre eux.

La taille est variable avec l'ancienneté, les plus récentes mesurant 5 millimètres, les plus anciennes atteignant 10 centimètres de diamètre, ces ulcérations ont un bord bien limité, festonné légèrement surélevé, de teinte violacée, légèrement infiltré à la palpation

Le fond de l'ulcération est de couleur vineuse, rouge brun, parsemé de taches blanchâtres diphtéroïdes dont la surface est recouverte d'une fine pellicule brillante, presque vernissée, qui est percée de nombreuses petites ulcérations de quelques millimètres de diamètre.

En soulevant avec une curette de Brocq une des taches diphtéroïdes, on découvre qu'elle recouvre une ulcération putéiforme.

D'autres ulcérations sont en effet purement putéiformes

sans enduit qui les recouvre. Il en est encore d'aspect en coup d'ongle à fond rouge suintant, saignant facilement. Quelques éléments sont recouverts d'une croûte brunâtre. La base de toutes ces lésions n'est pas infiltrée. Elles sont très douloureuses à la palpation. Ces ulcérations ne s'accompagnent pas d'adénopathie.

Leur début s'est manifesté au cours d'un séjour à Berck il y a 2 ans par quelques éléments au voisinage de la crête iliaque droite qui ont conflué entre eux; puis d'autres éléments sont apparus à la face antérieure des cuisses, près de l'abdomen. Les ulcérations du dos sont apparues il y a un an.

Dans les antécédents, on trouve plusieurs crises de rhumatisme chronique, avec d'autres chocs ayant nécessité le séjour de 7 mois à Berck au cours duquel a débuté l'affection actuelle.

Par ailleurs, on ne signale rien d'anormal sauf des crises stomacales douloureuses.

Bactériologie : En mai 1931, l'examen direct et l'examen des cultures auraient donné un coco-bacille gram négatif ayant la morphologie du coli-bacille.

En novembre 1931, on trouve à l'examen direct et en culture du staphylocoque blanc et du bacille pyocyanique.

On pratique des inoculations au cobaye par scarifications sur la peau du dos qui ne donnent aucun résultat.

Biopsie, sept. 1931 (examen du Dr Lévy Coblentz). — Au faible grossissement on a un aspect de tissu de granulation : vascularisation riche par des capillaires à large lumière se dirigeant en éventail de bas en haut; infiltrat dense de cellules inflammatoires : membrane fibrino-purulente recouvrant l'ulcération de la peau.

A un fort grossissement, on constate que l'infiltrat se compose de leucocytes polynucléaires, d'histiocytes, de plasmocytes et de quelques lymphocytes. En surface, les polynucléaires prédominent; en profondeurs les plasmocytes sont plus nombreux. Absence de cellules géantes et épithélioïdes.

Le derme sous-jacent montre des cellules conjonctives

riches en protoplasma, à noyaux gonflés, traduisant l'irritation par l'inflammation voisine.

La coloration au réactif de Dominici montre de rares cocci groupés par deux, par trois ou par quatre, toujours intra-cellulaires. Ces micro-organismes se trouvent au voisinage de la surface du bourgeon, mais non dans la membrane purulente qui le recouvre.

En résumé : il ne s'agit pas d'une inflammation spécifique : la lésion consiste en un processus d'inflammation subaiguë du type de la pyodermite ulcéreuse.

Une 2^e biopsie est faite en mai 1932 et donne des résultats similaires.

Traitement : Avant son admission à l'hôpital elle a été traitée, sans le moindre résultat, par des applications d'alcool iodé, de pommade à l'oxyde de zinc, puis de pommade à la créosote alternée avec des lotions à l'acide lactique.

Dans le service, un premier traitement par la crème d'Alibour reste inefficace. Simultanément, d'autres lésions sont traitées par des applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure au 1/20 en permanence avec attouchement tous les deux jours au crayon de nitrate d'argent et crayon de zinc. Au bout de 9 jours, on note une amélioration nette : le diamètre des ulcérations n'a pas augmenté, les fines pellicules blanchâtres de recouvrement sont disparues, les lésions en coup d'ongle commencent à se combler, il y a épidermisation sur les bords et apparition de croûtes jaunes verdâtres sur les îlots d'épidermisation.

L'amélioration ne se poursuit pas. On tente alors pendant un mois l'alcool iodé au 1/100 sans résultat.

De décembre à mars, on fait des injections de lipo-vaccin antipyogène combinées avec des injections radiantes à la périphérie des plaques d'une solution d'eau peptonée au 1/10. Les plaques ainsi traitées sont moins tuméfiées, de teinte foncée et non rouge vif; la surface moins ulcéreuse, se recouvre en partie d'un fin épiderme blanchâtre.

L'épidermisation ne se généralisant pas, on tente de faire la destruction des foyers par l'électrocoagulation sous anesthésie générale.

Après la chute des escarres, un processus d'épidermisation commence à se manifester, puis l'état reste stationnaire.

En dernier lieu, en mai 1932, on procède, sous anesthésie générale, à un grattage de toutes les lésions. On enlève ainsi avec la plus grande facilité un tissu très friable, lardacé, analogue à celui des tuberculoses cutanées.

Toutes les plaques sont grattées jusqu'à l'aponévrose qui semble saine d'aspect.

Les plaies sont ensuite pansées les jours suivants au moyen de permanganate de potassium en poudre recouvert de compresses humides.

Depuis l'amélioration s'est poursuivie.

G. Pyodermites ulcéreuses syphiloïdes.

(HUDELO et RABUT. Soc. Derm., 1931).

OBS. I. — Mme Fa... âgée de 46 ans, syphilitique ancienne, vient nous consulter en juin 1928 pour des ulcérations de la jambe droite apparues il y a huit mois à la suite d'un curettage pour ostéomyélite du tibia.

Malgré des applications antiseptiques variées et répétées et des traitements antisiphilitiques intensifs et continus (iodure de potassium, cyanure de mercure, calomel, novar) la lésion, loin de rétrocéder, s'étend lentement.

A l'examen nous constatons sur la face antérieure de la jambe, à la hauteur du tiers supérieur une anfractuosité au fond de laquelle une séquestre baigne dans du pus et autour une exulcération des dimensions d'une paume de main à contours polycycliques nettement délimités par un bourrelet surélevé et entouré lui-même d'une zone rouge œdématisée et douloureuse.

En dépit de l'aspect syphiloïde qui a guidé le diagnostic des éminents spécialistes auxquels nous succédons il nous semble logique d'incriminer une inoculation cutanée par le staphylocoque de l'ostéomyélite tibiale; c'est pourquoi pensant que le plus urgent est de tarir la source purulente,

nous dirigeons la malade vers le docteur Boppe pour ablation du séquestre et curettage du foyer osseux.

Malgré cette intervention suivie de l'application d'antiseptique de tous ordres et de vaccinothérapie, la lésion, quoique nettoyée ne s'épidermise pas et s'étend par ses bords.

Nous souvenant alors des heureux résultats que nous avons obtenus de l'air chaud dans certains cas de phagédénisme, nous faisons pratiquer une calcination de la lésion par l'air chaud à 800° pour anesthésie générale (D^r Vignat). Après chute de l'escarre la plaie apparaît en partie cicatrisée, mais sur un endroit persiste le bourrelet périphérique qui est le point de départ d'une nouvelle extension.

Plusieurs séances de calcination doivent être répétées en raison des reprises réitérées du processus extensif par non disparition totale du bourrelet évolutif.

Entre temps se développe une gomme frontale caractéristique qui cède au traitement bismuthique lequel reste sans effet sur la plaie de la jambe.

Enfin une ultime séance d'air chaud a raison du dernier point de résistance et la plaie reste cicatrisée (mars 1930).

OBS. II. — M. Bo... 33 ans, vient en décembre 1929 à la consultation dermatologique de l'Hôtel Dieu pour une ulcération de la jambe gauche apparue il y a 6 mois en même temps que plusieurs autres qui diagnostiqué ecthyma ont cédé en trois semaines à des pansements antiseptiques.

Ce malade spécifique en 1916 a été soigné dans le service du D^r Fournier où à trois reprises il a présenté des accidents chancrifformes, considérés comme des réinfections.

Pensant plutôt qu'il s'agit de récidives et que nous sommes en présence d'une affection tréponémique résistante, nous mettons sur le compte de celle-ci l'ulcération qui nous est présentée, en raison de son aspect syphiloïde : au niveau de la cheville lésion des dimensions d'une pièce de 5 fr. à contours nets, bordée par un bourrelet polycyclique légèrement surélevé, non décollé avec cependant léger œdème de voisinage accompagnée de quelques phénomènes inflam-

matoires : rougeur et douleur. Des antiseptiques sont appliqués et un traitement triple est institué : cyanure de mercure, bismuth, iodure de potassium en dépit duquel l'ulcération s'étend lentement.

Nous adressons alors le malade au D^r Vignat et 2 mois après une calcination par l'air chaud chirurgical, la lésion est cicatrisée.

OBS. III. — Mme Mo... âgée de 35 ans, nous est adressée en déc. 1929 pour une ulcération pré-tibiale du tiers inférieur de la jambe droite, consécutive à un coup reçu un mois auparavant

L'examen montre une ulcération des dimensions d'une pièce de 5 fr. à bords nets, circulaire en bas, géographique en haut, marquée par un bourrelet saillant non décollé. La région voisine est rouge œdématisée, sensible et présente des folliculites à petites pustules.

En dépit de l'absence de toute notion de spécificité et malgré un Wassermann négatif nous prescrivons un traitement par cyanure de mercure et iodure de potassium qui reste sans effet de même que des applications antiseptiques nombreuses et variées.

Instruits par l'expérience des cas précédents nous ne nous attardons pas dans cette voie et demandons au D^r Vignat de pratiquer la calcination par air chaud à 800° sous anesthésie générale. Cicatrisation 2 mois après.

H. Pyodermites ulcéreuses syphiloïdes.

(SÉZARY-WORMS. Soc. Derm., 1931).

D. Dominique, âgé de 25 ans, est admis à l'hôpital Broca le 5 juin 1928 pour des lésions ulcéreuses multiples au thorax et des membres inférieurs. Ces ulcérations sont groupées en placards occupant la face interne et la face ant-externe des deux jambes, la face interne et la face externe des deux cuisses, la plus grande partie au-dessus, quelques-unes se voient aussi au-dessous et en dehors des mamelons.

Elles ont une forme irrégulièrement arrondie ou ovalaire. Leurs contours sont découpés, géographiques. Les dimensions des lésions arrondies varient depuis celles d'une pièce de 0 fr. 50 à celles d'une pièce de 5 fr. Les bords sont taillés à pic et par places décollés. La profondeur varie selon les éléments. Le fond est inégal, tomenteux, couvert le plus souvent d'un pus épais et jaunâtre; il est quelquefois saignant, d'autre fois couleur chair musculaire.

Des croûtes d'aspects divers recouvrent un certain nombre d'ulcérations. Il n'y a pas de bourbillons, pas de fistules. La base n'est nullement infiltrée. Pas de prurit. Légère douleur à la pression.

A côté de ces lésions en activité, il y a surtout à la cuisse droite et sur le dos des cicatrices légèrement chéloïdiennes qui reproduisent la forme des ulcérations. Sur certaines d'entre elles, on voit apparaître de petites ulcérations ou se former des croûtes brunes. Le flanc droit et la région sus-pubienne sont également couverts de cicatrices.

On note enfin une légère adénopathie, peu douloureuse, des régions inguinales et axillaires.

L'affection cutanée date de 1922; à cette époque, le malade fut envoyé à Berck pour un mal de Pott; il y garda le lit plusieurs mois. Pendant ce temps apparurent les ulcérations d'abord aux jambes, puis aux cuisses, enfin sur le tronc. Il fut ensuite envoyé à Paris où il fit plusieurs séjours dans les hôpitaux : la vaccinothérapie, le traitement antisypilitique, un séjour à la campagne n'eurent aucun succès.

N'espérant plus qu'en un miracle, les parents étaient décidés à envoyer leur fils à Lourdes. Mais sur le conseil de notre ancienne infirmière sociale Mlle Chaumet ils le firent entrer dans notre service.

Objectivement la durée de l'affection, la forme figurée des lésions, leur fond parfois chair musculaire, leur repullulation sur des cicatrices pouvaient en imposer et en avaient imposé pour leur nature sypilitique.

Mais leur sécrétion purulente, l'absence d'infiltration

plaidaient fortement contre cette hypothèse. D'ailleurs aucun antécédent de syphilis acquise, aucune stigmata de syphilis acquise ou héréditaire, séro-réactions négatives.

L'hypothèse de tuberculose cutanée n'étant pas soutenable un seul instant malgré la coexistence de mal de Pott — celle d'une mycose ne nous arrêta pas davantage, d'ailleurs les ensemencements sur gélose glucosée ne donnèrent aucune culture de champignon.

Le seul diagnostic possible nous parut être celui d'un ecthyma térébrant; il fut vérifié par une biopsie qui montra une ulcération tapissée de polynucléaires, reposant sur un tissu ayant la constitution d'un bourgeon charnu et dans la profondeur sur un infiltrat de polynucléaires de cellules conjonctives, de mono-nucléaires et de quelques plasmocytes (sans cellules géantes ni épithélioïdes). Pas de lésions vasculaires. En bordure, acanthose très marquée.

La déduction thérapeutique de ce diagnostic fut un traitement par des attouchements au nitrate d'argent au 1/30 et des applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure.

En quinze jours ces lésions qui avaient résisté 6 ans aux traitements les plus complexes mais les moins appropriés, guérissent en laissant des cicatrices multiples.

Notons que le malade dont l'état général était assez altéré avant son entrée à l'hôpital s'est mis depuis à engraisser fortement.

I. Pyodermites chroniques avec ulcérations serpiginieuses.

(MINNESOTA, Dermat. Assoc., juin 1929).

1) F... âgée de 48 ans. Début 1924 à la suite d'une légère blessure au talon gauche.

A l'admission elle présentait des abcès multiples discrets, confluents, suppurant aux deux jambes et aux pieds. Les bords étaient arciformes, les ulcérations croûteuses, quelques-unes à base verruqueuse. Le reste des deux jambes

étaient le siège d'œdémie, de traces de grattages, d'ulcérations et de croûtes.

Traitement antisyphilitique sans amélioration. En mars 1929 à la suite d'une grippe extension marquée des lésions.

Examen général : négatif.

Bactériologie : Streptocoque hémolytique.

Histologie : Pyodermite.

Traitement : pansements humides au permanganate de potassium. Autovaccin. Rayons U.-V.

2) F... âgée de 28 ans.

Abcès superficiel suivi d'ulcération chronique à la suite d'une légère plaie à la cheville. Sur l'épaule droite ulcération développée avec le même processus, augmentant progressivement. Large ulcération à l'abdomen occupant toute la surface entre l'ombilic et la région sus-pubienne.

Lésions semblables, plus petites aux bras, cuisses et fesses.

Dans les antécédents, histoire de dysenterie avec anémie marquée.

Hémocultures négatives.

Parasites, spores : 0.

Cultures : streptocoque et staphylocoque.

Biopsie : pyodermite, nombreux staphylocoques dans la profondeur de la peau.

Traitement : vaccin antityphique intraveineux et bains de soufre colloïdal.

J. Pyodermite chronique et ulcéreuse associée avec un état de débilité générale (résumée).

(MAYO CLINIC. Arch. of. Derm., 1930).

M. F. R. ., âgé de 51 ans, interrompt son travail pendant 8 ans, présente au périnée depuis dix ans une large surface ulcérée s'étendant aux régions inguinales, la région sacrée et les fesses. Scrotum et testicules détruits, trajets fistuleux, pénétrant profondément dans les canaux inguinaux. Verge

raccourcie par cicatrisation et rétraction mais gland intact.
Abduction des jambes limitée.

Canal anal cicatrisé conduit du rectum à l'ulcération.
Sur le mollet gauche surface ulcérée et indurée s'étendant à la partie médiane.

Le malade insiste sur le début au niveau du sacrum par un « bouton » s'ouvrant et se développant excentriquement.

La lésion de la jambe est consécutive à une écorchure de grattage avec l'ongle.

Dans l'ensemble développement torpide.

Les poussées sont en rapport avec la débilité de l'état général.

Pas d'antécédents.

Ulérations particulièrement serpigineuses et indolentes, bordure violacée de non épidermisation avec œdème et digestion du tissu sous cutané, avec destruction secondaire de l'épiderme, la pression au niveau de la bordure fait sourdre une sécrétion purulente. Pas de fistules ni d'abcès miliaires. La base rouge foncé avec des granulations insuffisantes est recouverte d'un enduit mucopurulent, quelques points d'épidermisation. Cicatrisation au centre et à la périphérie bourgeonnements peu intenses laissant de minces et superficielles cicatrices qui s'ouvrent facilement en donnant de nouvelles ulcérations.

Wassermann négatif.

Hemocultures négatives.

Staphylocoque blanc et streptocoque hémolytique. Pas de blastomyces, ni d'amibes ou kystes. L'inoculation du pus à des lapins sains donne des abcès superficiels avec tendance à l'ulcération et cicatrisation spontanée.

Traitement : Bains locaux. Applications antiseptiques. Greffes cutanées. Rayons U.-V. Vaccin antityphique.

Résultat décevant.

On fut sur le point de faire une transfusion.

K. Un cas de pyodermite végétante

(maladie de Hallopeau).

(GATÉ et GIRAUD. Soc. Derm. 1930).

M. Marie, 43 ans, entre à la salle Benoite Bernard à l'hôpital de l'Antiquaille le 15 nov. 1929 pour des lésions des deux jambes.

Rien dans les antécédents.

Examen somatique négatif.

Goitre Basedowifé.

En juin dernier, il y a 5 mois, sur les jambes apparaissent des « boutons » rouges recouverts de croûtes sous lesquelles il y a de la suppuration. La malade pense à des piqûres de moustiques et se traite pendant deux mois avec avec différentes pommades sans résultats.

En août un médecin prescrit du sirop de Gibert qu'elle prend pendant quinze jours sans résultat.

Le 20 octobre elle consulte : sur la jambe gauche pyodermite banale. A droite, il existe autour d'une zone centrale constituée par un épiderme rosé de récente formation une véritable couronne reposant sur un tégument inflammatoire et consistant en une sorte de bourrelet végétant au niveau duquel on aperçoit de multiples petits pertuis laissant sourdre par expression du pus bien lié. Dans le voisinage de ces points suppuratifs s'aperçoivent de petits points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle qui répondent à de petites fistulettes non encore ouvertes.

Le bourrelet inflammatoire surélevé et végétant est limité à la périphérie par une sorte de collerette qui paraît constituer la zone de progression de la lésion.

On pense à une pyodermite végétante et l'on prescrit des attouchements à l'eau d'Alibour au 1/10 et des applications locales de pommade à l'oxyde jaune à 1/00.

L'état local s'étant aggravé, hospitalisation.

Pas d'adénopathie inguinale.

Biopsie : Derme : dilatation vasculatoires et trainées de

cellules inflammatoires. Papillomatose. Augmentation de l'épaisseur de l'épiderme avec parakératose.

Augmentation du stratum cornéum avec formation d'abcès.

Pus : staphylocoque. Pas de levures ni de mycéliums. Culture : staphylocoque doré.

L. **Pyodermite chronique végétante.**

(MICHELSON, Ann. of. Derm., 1930).

Une fillette de 15 ans a présenté il y a 6 ans une ostéomyélite de la cheville droite qui suppure pendant un an. Pendant ce temps, il se développe des fistules profondes à la jambe, au tronc et au dos des mains.

Ces lésions commencèrent comme une simple fistule qui s'agrandit jusqu'à 2 centim. de diamètre et se traîna à travers un petit orifice, mais ne disparut pas. Graduellement, les lésions s'affermirent et se surélevèrent. Lorsqu'on la présenta on comptait environ 50 lésions distribuées comme il est dit plus haut.

Ce sont des plaques surélevées, bleu violacé et couvertes d'un mince épiderme atrophique avec un petit orifice central. Les lésions sont dures.

Toutes les biopsies faites sur des lésions d'âge différent montrent un processus de suppuration profonde chronique.

Beaucoup de coloration pour le xanthome furent faites et demeurèrent négatives.

Examens chimiques au sang négatifs.

Culture : staphylocoque.

Traitement : injections I-V de sérum et bains sulfureux déterminent une élimination des foyers et amélioration.

Deux ans auparavant la malade avait été vue et on avait diagnostiqué un xanthome cliniquement et histologiquement.

M. Pyodermite impétigineuse verruqueuse.

(GAUCHER GOUGEROT, Soc. Derm. 1911) résumé.

M. Marie, 21 ans, couturière, entre le 27 fév. 1911 à la clinique du prof. Gaucher pour une éruption complexe, mélange d'impetigo vulgaire et de taches verruqueuses. Cette jeune fille paraît bien portante, elle n'a jamais été malade, elle ne présente aucun antécédent, aucun symptôme bacillaire et à peine trouve-t-on une respiration granuleuse du sommet gauche en avant.

Les lésions cutanées apparurent il y a 2 mois successivement et irrégulièrement à la face et aux membres supérieurs. Le mélange de lésions à divers stades d'évolution permet de reconstituer facilement la genèse des éléments.

A la face, à droite, trois placards impétigineux, forme vulgaire, un cependant présente un épiderme villosus sous la croûte, les deux autres sont infiltrés à la base et l'épiderme commence à devenir papillomateux sous la croûte. A gauche deux autres placards. Sur le front, impetigo vulgaire.

A la face dorsale du poignet droit placards verruqueux, sec, squammeux, infiltré, violacé, de la taille d'une pièce de 1 fr.

Sur le bord externe de l'avant-bras placard érythémato-verruqueux entrain de se cicatriser et sans infiltration. Au coude, large placard verruqueux, saillant, sec, infiltré, violacé.

A la main droite et sur le bord interne de l'avant-bras gauche, placard infiltré rosé, squammeux et granité.

Sur le bord interne de la main gauche impetigo vulgaire et placard arrondi, saillant, infiltré, squammeux, au centre commençant à devenir verruqueux, rose violacé à la périphérie. Ce mélange de deux sortes de lésions fait porter le diagnostic d'impetigo plus tuberculose verruqueuse, peut être greffée sur l'impetigo. La multiplication des lésions fit penser à une hypothèse d'iodides ou bromides végétales, mycose de Gchrist, pemphigus végétant bénin.

L'aspect était si tuberculeux que l'on s'arrêta au diagnostic d'impétigo et tuberculose verruqueuse associée.

Le *traitement* par pansements humides et eau d'Alibour amena une amélioration qui fit rejeter ce diagnostic. Au bout de 14 jours, les lésions étaient presque disparues. La malade sort le 20^e jour, presque guérie. Revue ultérieurement complètement guérie.

N. **Pyodermite végétante.**

(MILIAN. Rev. Derm., 1927) Résumée.

Un malade présentait des placards de pyodermite végétante au thorax, à l'abdomen, dans les régions pubiennes, inguino crurales et recouvrant toute la face externe de la jambe gauche avec des ilots disséminés sur les faces postérieures et internes.

Cliniquement, l'aspect est une vaste nappe papillomateuse présentant des sillons qui séparent les masses papillaires, et est recouvertes de croûtes. Détergées, les lésions sont des papillomes hémisphériques, l'ensemble est rouge brunâtre, relativement sec.

La pression fait sourdre des gouttelettes de pus jaune verdâtre assez épais.

Le contour des placards est net.

A la périphérie quelques petites fistulettes de la dimension d'une tête d'épingle la plupart du temps centrée par un poil.

A la première impression : pemphigus végétant.

Biopsie : absence de formation bulbeuse, existence de lésions de folliculite typique, hypercanthrose avec parakératose

Evolution sur une plaie à la suite d'un coup de pioche à la jambe, plaie survenue à 18 ans, qui a présenté jusqu'à l'époque actuelle (52 ans) des alternatives de guérison et de récides.

La dermatose actuelle s'est constituée en 8 jours.

Traitement : les auto-vaccins, solution alcoolique de cristal violet de vert de méthyle, les rayons X, le 914 ont été inefficaces.

Des applications de teinture d'iode furent insuffisantes, la guérison fut due à l'alcool iodé à 1/100.

O. Acrodermatite verruqueuse staphylococcique.

(GUGEROT. Congrès de Rome, 1912, résumé.)

N., cette jeune femme âgée de 18 ans vient d'avoir une pleurésie qui semble avoir été grave, elle a vu apparaître successivement à l'extrémité de la pulpe digitale des 1^{er}, 2^e et 3^e doigts droits et des 1^{er} et 2^e doigts gauches de petites papules suppurantes empiétant souvent sur la rainure inguinale ressemblant dit-elle à des panaris sous-épidermiques. Ces lésions de 4 à 8 millimètres de diamètre sont saillantes, à bords surélevés, irrégulièrement tracés et vaguement circulaires; leur surface est végétante et croûteuse; la pression qui est très douloureuse fait sourdre une goutte de sérosité louche. Les mêmes lésions existent aux 1^{er} et 2^e orteils droits et au 5^e orteil gauche.

L'hypothèse de sporotrichose fut d'abord soulevée et ce fut la raison pour laquelle le professeur Letulle nous l'envoya. Mais cette sporotrichose uniquement constituée par de petits placards végétants aurait été singulière, ne ressemblant à aucun cas décrit : les cultures, le séro-diagnostic mycosiques furent négatifs.

Le diagnostic de tuberculose nous sembla plus probable lors de notre premier examen car les lésions avaient l'aspect tantôt végétant et suintant, tantôt sec, verruqueux des tubercules anatomiques.

Mais l'évolution nous fit pencher vers le diagnostic de pyodermité végétante chronique, ce que confirme le professeur Gaucher.

En effet, on put surprendre le début de la lésion : l'épiderme rouge s'indure, se soulève, la vésicule formée contient uniquement des diplocoques et des staphylocoques avec de

nombreux polynucléaires, la bulle se rompt laissant voir l'épiderme excorié, rouge, granuleux qui bientôt devient végétant.

Le traitement le plus efficace a été le pansement humide avec une solution antiseptique (eau d'Alibour étendue); la radiothérapie a paru peu active. La guérison a été lente et ne se compléta qu'en oct. 1911.

P. Au sujet d'une forme de pyodermite chronique.

(FERGUSON, SMITH. Brit. jour. of. Derm. 1929). Résumées.

OBS. I. — H. 51 ans, à la suite d'une histoire d'eczéma du dos des mains datant de 6 mois, présente sur le dos de la main droite une plaque surélevée, à peu près circulaire, de la taille d'une pièce de monnaie, centre papillomateux avec de petites surfaces légèrement ulcérées, couvertes de croûtes brun-jaunâtre. La périphérie est surélevée de quelques millimètres. Bordure assez fine, lisse, bleue, violacée, recouverte d'un épiderme mince brillant, apparemment intact mais la pression fait sortir de nombreux orifices fistuleux un pus blanc-jaunâtre.

Sur le dos de la main gauche, lésion analogue plus petite. Wassermann négatif.

Pas de B. K.

Staphylocoque blanc et doré.

Cicatrisation lente par rayon X et applications locales antiseptiques.

OBS. II. — H., 34 ans. Antécédents « boutons » à la face qui s'ulcérèrent récemment.

Début consécutif à une brûlure par alcali 9 mois auparavant.

Sur la tempe gauche, lésion ayant l'apparence d'une tumeur, surélevée et nettement délimitée. A la périphérie épiderme lisse, miroitant, intact, ayant une consistance cartilagineuse.

Le centre ulcéré, bourgeonnant.

La pression fait sourdre du pus de la bordure, mais on ne note pas d'orifices.

A la joue gauche lésion semblable.

Wassermann négatif.

Staphylocoque doré.

B. K. sporotrix et autres microbes négatifs.

Radiographie inefficace.

Amélioration temporaire par iodure de potassium.

Cicatrisation lente semblant indépendante du traitement.

OBS. III. — M. M., 67 ans. Début à la suite de blessure du poignet gauche par un « bouton » qui s'agrandit lentement et s'ulcère.

Dans les antécédents : asthme et traitement pendant des années à l'iodure de potassium.

Actuellement : sur le bord radial du poignet gauche, lésion croûteuse plus ou moins arrondie, de 2 1/2 millim. de diamètre. Contour net et surélevé. La lésion est recouverte par un épiderme apparemment intact, lisse et chatoyant, ferme au toucher, de teinte violacée. La zone centrale, de plus d'un mill. de diamètre, est couverte d'une croûte brune sous laquelle il existe des ulcérations superficielles et des végétations papillomateuses. A la pression, un pus clair, jaunâtre exsude non seulement des ulcérations mais aussi de nombreux points fistuleux très petits situés dans la bordure qui au premier abord semble intacte. Lésion légèrement sensible.

Wassermann négatif.

A l'examen direct et à la culture staphylocoques blanc et doré.

Sérum agglutine à 1/500 le staphylocoque doré.

Biologie : Papillomatose et abcès microscopiques, modifications vasculaires.

Cicatrisation complète en 5 mois par pansements humides au sublimé à 1/1000. La cicatrice est déprimée et parcheminée.

Q. Pyodermites chroniques végétantes et ulcéreuses.

(KUMER. Derm. Zeitsch., 1926). Résumées.

OBS. I. — 1920. Malade, 35 ans, manoeuvre dans une usine de produits chimiques.

Début à la suite de gale.

Sur le côté gauche de la main, foyer de la dimension d'une paume de main à limite convexe. La surface est parsemée d'excroissances papillaires, roses, souvent couvertes de croûtes, d'où la pression fait sourdre du pus teinté de sang.

Absence de poils dans la région malade. La périphérie sur un rayon de 2 centimètres est livide. Très peu de douleur. Pas de limitation dans les mouvements des doigts. Pas d'œdème lymphangitique.

Guérison en 6 semaines suivie de cicatrisation superficielle par bains et compresses.

Histologie : Epaissement de la couche cornée. Parakératose. Développement et pénétration de l'épiderme dans le derme, avec anastomoses de certains éléments les uns avec les autres, constituant une deuxième couche d'épithélium qui ne présente par ailleurs aucun caractère atypique.

Dans le derme, infiltration de plasmazellen, nombreux leucocytes, petits foyers hémorragiques. Néoformations vasculaires.

R. *OBS. VIII.*

1921. Manoeuvre de 38 ans.

Même maladie en 1916 qui aurait disparue spontanément. Le foyer actuel date de 4 à 6 semaines.

Le malade aurait maigri de 20 kgs les 3 derniers mois.

A l'examen, on constate sur la peau cinq foyers de même aspect et de même taille. L'un est situé sur la main gauche, un autre sur le dos au voisinage de l'omoplate gauche, un dans la région inguinale droite, un dans le creux poplité gauche, enfin un siège sur le genou gauche. Tous ces foyers ont un diamètre de 3 à 4 centimètres. Les bords des lésions sont surélevés, bleuâtres. La surface est plane, surmontée de nombreuses excroissances papillaires, au milieu des excroissances sont des abcès superficiels d'où sort du pus

à la pression. Par endroits, les foyers sont croûteux. Les lésions sont peu douloureuses. Il n'y a pas de lymphangite. Guérison en un mois après traitement antiseptique.

Histologie : Parakératose. Les orifices folliculaires sont élargis et remplis de lamelles cornées. Des prolongements épithéliaux qui s'anastomosent les uns avec les autres forment une deuxième couche épithéliale au-dessous du corps papillaire. Augmentation du nombre des vaisseaux.

Infiltrat constitué de cellules rondes et de plasmazellen. On note quelques rares cellules géantes.

**S. Pyodermites chroniques végétantes et ulcéreuses
avec progression serpigineuse et cicatrisation plane
et superficielle.**

(ZURHELLE et KLEIN, Derm. Zeitsch., 1926).

OBS. II. — M. 62 ans. Admission le 23, 5, 1922.

Antécédents : Depuis 10 semaines, éruption à la face, cou, nuque et aux mains. Début par un eczéma de l'oreille droite qui a guéri par les rayons X. Trois semaines après apparaît sur le visage une formation tuberculeuse qui se greffa ensuite aux mains.

Examen : Homme maigre, pâle, mauvais état général, examen somatique négatif.

Sur la joue gauche se trouve une production de la dimension d'une noix recouverte de croûtes, reposant sur une base infiltrée. La pression fait sourdre une sécrétion séropurulente entre les croûtes. La peau est décollée.

Au cou et à la nuque nombreuses folliculites. Sur le dos des deux mains, la peau eczématisée présente des limites serpigineuses, elle est œdématiée et infiltrée, recouverte de croûtes; la pression fait sortir du pus entre les croûtes, l'épiderme est également soulevé. Des adénopathies axillaire, cubitale et inguinale, du volume d'un pois ne sont pas douloureuses.

Wassermann négatif.

Eosinophilie sanguine.

L'examen et la culture donnent un staphylocoque.

Guérison à la suite de pansements humides et de pomades, deux séances de radiothérapie et d'application locale de trypaflavine.

Histologie : Papillomatose.

Epiderme très aminci au niveau des papilles. Infiltration de leucocytes et surtout de plasmazellen. Destruction partielle des fibres élastiques.

Dans le derme infiltrat constitué par des plasmazellen, quelques cellules rondes et dans la profondeur, des formations tuberculeuses avec cellules épithélioïdes et cellules géantes.

Peu de vaisseaux lymphatiques.

Pas de glandes sudoripares et sébacées.

T. OBS. VII.

H. 24 ans, admis le 15-9-24.

Antécédents : A l'âge de 8 ans, furoncle du cou qui est incisé. Furonculose et début du foyer actuel.

Examen : Assez bon état général, quoique ancienne tuberculose pulmonaire.

Cicatrice blanche, plane, non irritée, allant de la limite du cuir chevelu à la 7^e vertèbre cervicale. Aspect d'abcès à la partie supérieure de cette cicatrice; il existe de nombreux comédons sur les deux joues.

A l'avant-bras gauche, il existe de nombreux foyers de la dimension d'une petite paume de main, ils sont serpigneux et couverts de croûtes. Sous les croûtes, la peau est soulevée. La pression fait sortir un liquide purulent de nombreux orifices fistuleux. Certains foyers ont au centre une ulcération de la taille d'une pièce de monnaie avec des excroissances papillomateuses.

La peau des régions malades est violacée et nettement distincte de la peau saine. Trois foyers semblables existent à la face interne de la cuisse droite. Au dos du pied gauche, il y a un foyer violacé de 3 centimètres de long sur 1,5

de large recouvert de cicatrices d'abcès ayant un aspect réticulé. Test de Pirket légèrement positif.

La réaction à la tricophytine et le Wassermann sont négatifs.

Les cultures donnent du staphylocoque blanc.

Les injections aux animaux sont négatives ainsi que l'hémoculture.

Diagnostic : pyodermite chronique.

Au cours du traitement apparaissent sur les cuisses des rougeurs de la grosseur d'une tête d'épingle qui augmentent rapidement, l'épiderme se soulève en vésicule à contenu pustulo-hémorragique qui deviennent par la suite des ulcérations avec la même tendance à la fistulisation.

Avec le liquide prélevé sur un de ces éléments on obtient sur un cobaye en 14 jours, un tubercule bosselé, bien délimité. Ce tubercule contenait également des staphylocoques.

Le sérum du malade agglutine à 1/100 le staphylocoque blanc.

Guérison par autovaccin.

Histologie : Destruction ulcéreuse au centre de l'épiderme, au voisinage infiltration purulente, plus loin spongieuse et papillomatose.

Dans le derme granulome formé de lymphocytes et de nombreux plasmazellen; élargissement des vaisseaux lymphatiques, destruction des fibres élastiques. Lésions vasculaires.

Le malade est venu le 5-6-1925; il présente sur la figure de nombreuses cicatrices blanches, atrophiques; les autres foyers présentent les mêmes caractères.

Sur la cuisse à la limite des cicatrices, on note des ponts épais de la peau recouvrant des veines volumineuses et saillantes.

CONCLUSIONS

1) Les pyodermites à évolution chronique, d'abord étudiées par Hallopeau qui en fournit la première observation, ont fait l'objet au cours de ces dix dernières années de recherches nombreuses.

2) Leur polymorphisme a rendu difficile leur classification. On peut cependant, en se basant sur leur tendance ulcéreuse ou végétante, en isoler diverses formes cliniques.

Celles qui ont un caractère ulcéreux seront d'un diagnostic délicat avec les lésions cutanées syphilitiques et les ulcérations tuberculeuses.

Lorsque le processus végétant domine, la difficulté consistera à les distinguer de certaines formes de pemphigus et de tuberculose et des néoformations cutanées.

3) Dans ces diverses formes de pyodermites chroniques, le polymicrobisme est habituel. Parmi leurs agents multiples, le staphylocoque et le streptocoque tiennent la première place.

4) Les résultats thérapeutiques ne sont pas en rapport avec la morphologie des pyodermites chroniques.

Un traitement par les antiseptiques donnera une amélioration dans tel cas, alors que dans une occasion semblable il échouera et l'on devra recourir à une médication autre, telle que vaccinothérapie, destruction par un curettage chirurgical ou électrocoagulation.

BIBLIOGRAPHIE

- BIZZOZERO. — Arch. f. Derm., 1913.
BOSELINI. — Giorn. ita. di m. ven., 1905.
BROCQ. — Pratique Dermatologique, tome I, 1908.
DANLOS. — Soc. Derm., 1905.
DAMMANN. — Arch. f. Derm., 1927.
FERRAND. — Ann. Derm., 1907.
—— Thèse 1919.
FOURNIER. — Soc. Derm., 1905.
GAUCHER. — Mal. de Hallopeau. Traité de médecine Gilbert et Carnot, 1907. Gaz. des Hôp., 1906.
GAUCHER, GOUGEROT et DUBOSCQ. — Soc. Derm., 1911.
GOUGEROT. — Congrès Rome, 1912.
—— Progrès médical, 1912, n° 20 et 21.
—— Dermatologie en clientèle, 1922.
—— Revue chirurgie, 1918.
GOUGEROT et BLUM. — Arch. de la Cl. de l'Hôp. Saint-Louis, 1929.
GOUGEROT. — Presse médicale, 1929, n° 72.
GOUGEROT, BURNIER, WEILER. — Ann. des mal. vénér., n° 8, 1930.
GATÉ et GIRAUD. — Soc. Derm., n° 1, 1930.
HALLOPEAU et LEREDDE. — Traité de dermatologie.
HAGEN. — Derm. Zeitsch., 1926.
HUDELO et RABUT. — Presse médicale, août 1931.
—— Soc. Derm., 1931.
JACQUET. — Pratique Dermatologique de Brocq.
KUMER. — Derm. Zeitsch., 1926.
KOUSNETZ. — Roussky Vestnik Derm., 1930.
LEDO. — Ann. Derm., 1916-17.
MILIAN, NATIVELLE et CAROLI. — Soc. Derm., 1929.
MILIAN. — Soc. Derm., 1926.

MICHELSON. — Arch. of. Derm. and. Syph. 1930.

MILIAN. — Rev. fr. de Derm., 1927.

LOTTE. — Thèse 1929.

NOGUER et MORÉ. — Congrès de Bruxelles.

PEYRI. — Congrès de Bruxelles, 1926.

PETGES et ROCAZ. — Paris médical, 1921.

SABOURAUD. — Ann. Derm., 1925-1926-1929.

— Maladies du cuir chevelu, t. IV, 1928.

SÉSARY et WORMS. — Soc. Derm., 1931.

FERGUSON SMITH. — Brit. journ. of Derm., 1922.

TISCHNENKO et KROICZIK. — Derm. Zeitsch., 1928.

TSCHERNOGOUBOFF. — Arch. f. Derm., 1925.

WANDE et DEGROAT. — Journ. of. Cut. Dis., 1902.

ZURHELLE et KLEIN. — Arch. f. Derm., 1926.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

